

ÄNDERUNG DER THERAPIE SCHIZOPHRENER ERKRANKUNGEN

Statistische Untersuchungen für die Zeit
von 1967 bis 1969 an der Nervenlinik
der Universität München

Gisela Utz

1972

Aus der Neurologischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. A. Schrader

Änderung der Therapie schizophrener Erkrankungen

Statistische Untersuchungen für die Zeit von 1967 bis 1969 an
der Nervenklinik der Universität München im Vergleich zu Ergeb-
nissen von J.E.MEYER, G.SIMON und D.STILLE (1964), die
Jahre zwischen 1930 und 1960 betreffend.

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und

einer hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von

Gisela Utz aus Poing

1972

München



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. J. Kugler
Mitberichterstatter: Prof. Dr. A. Schrader
Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 17. 10. 1972

I.	Einleitung	1
II.	Systematik und Methodik	2
III.	Ergebnisse	3
A.	Meinen Eltern	4
B.	in Dankbarkeit gewidmet	5
C.	Thema	6
D.	Thema	7
E.	Thema	8
F.	Thema	9
G.	Thema	10
H.	Thema	11
I.	Thema	12
J.	Thema	13
K.	Thema	14
L.	Thema	15
M.	Thema	16
N.	Thema	17
O.	Thema	18
P.	Thema	19
Q.	Thema	20
R.	Thema	21
S.	Thema	22
T.	Thema	23
U.	Thema	24
V.	Thema	25
W.	Thema	26
X.	Thema	27
Y.	Thema	28
Z.	Thema	29

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Problem	7
II. Methode und Material	9
III. Ergebnisse	10
1. Gesamtaufnahmezahlen	10
2. Durchschnittsalter	12
3. Therapie	14
4. Verweildauer	16
5. Behandlungserfolg	
a) Gesamtkollektiv	17
b) gegliedert nach Diagnosen	18
6. Erstaufnahmen	21
7. Rezidivierende Schübe	23
8. Soziale Verhältnisse	24
IV. Diskussion	26
V. Zusammenfassung	34
VI. Literatur	36

I. Problem

Die Psychopharmakotherapie erbrachte bis heute wohl den eindrucksvollsten Erfolg in der Behandlung endogener Psychosen. Eingreifende Massnahmen wie Elektrokonvulsionsbehandlung und Insulinkoma wurden in den letzten Jahren nur noch selten angewandt, bzw. sie wurden völlig aufgegeben (H.H. MEYER). Ein Anteil dieses Erfolges lässt sich auf die verbesserte psychiatrische Diagnostik im allgemeinen zurückführen. Aber auch auf die Aufwertung der Nerven- bzw. Landeskrankenhäuser, der früheren Heil- und Pflegeanstalten muss hier hingewiesen werden. Ihr früher allzu negatives Image, hauptsächlich für die Betreuung der chronisch Kranken im psychiatrischen Bereich zuständig zu sein, gilt heute nicht mehr. Sie sind in der Lage, moderne Diagnostik und Therapie zu betreiben. J.E. MEYER, G. SIMON und D. STILLE konnten noch für die Jahre 1957 bis 1960 einen Vergleich der Behandlungserfolge der Nervenlinik München und des Nervenkrankenhauses Haar durchführen. Es erschien aber interessanter und wichtiger, die Änderungen in der Behandlung schizophrener Kranker innerhalb der Universitätsnervenklinik München über mehrere Jahrzehnte zu analysieren. Diese Untersuchung wurde angeregt durch die im Jahr 1964 erschienene Arbeit "Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960" von J.E. Meyer, G. Simon und D. Stille. Die Autoren hatten sich in dieser Publikation mit den Unterschieden zwischen der Universitätsnervenklinik München und dem Nervenkrankenhaus Haar in Bezug

auf Therapie und Verlauf von endogenen Psychosen beschäftigt. Ursprünglich sollte diese Untersuchung in Abwandlung der Arbeit von J.E. MEYER et al an Patienten durchgeführt werden, die von der Nervenklinik ins Nervenkrankenhaus verlegt wurden. Nachdem J.E. MEYER gezeigt hat, dass sich Nervenklinik und Nervenkrankenhaus mit der Art der Therapie genähert haben, sollte geklärt werden, welche Therapieunterschiede heute zwischen den beiden Häusern bestehen. Die Anzahl der verlegten Patienten ist aber - wie später gezeigt wird - so gering geworden, dass eine solche Untersuchung nicht durchführbar ist. Wir mussten daher auf einen Vergleich beider Kliniken verzichten und unsere Untersuchung auf die Patienten der Nervenklinik beschränken.

Es wurde die Analyse von Art und Erfolg der Therapie, von Verweildauer und Wiederaufnahmerate versucht.

Ausserdem wurden, soweit in den Krankengeschichten vermerkt, die häuslichen Verhältnisse der Patienten beleuchtet. Wir wandten, um die Möglichkeit eines Vergleichs mit den MEYER'schen Zahlen zu haben, die gleiche Methode an.

II. METHODE und MATERIAL

1. Es wurden an der Nervenlinik der Universität München die Krankengeschichten der Patienten durchgesehen, bei denen in den Jahren 1967, 1968 und 1969 eine endogene schizophrene Psychose diagnostiziert worden war.
2. Berücksichtigt wurden die ersten 25 weiblichen und die ersten 25 männlichen Patienten, der in den Jahren 1967, 1968 und 1969 aufgenommenen, an Schizophrenie Erkrankten, soweit ihre Diagnose gesichert schien, sie mindestens 14 Tage in der Klinik waren und sie die Behandlung nicht gegen ärztlichen Rat abgebrochen hatten.
3. Zusammengestellt für die Analyse wurden die Befunde von insgesamt 150 Kranken mit Schizophrenie, darunter 75 Frauen und 75 Männer. Es wurde nicht nach einzelnen Erscheinungsformen der Schizophrenie unterschieden. Die Ergebnisse wurden mit den Tabellen verglichen, die J.E. MEYER et al 1964 bei ähnlicher Fragestellung, die Universitätsnervenlinik München betreffend, aufgestellt hatten.

III. ERGEBNISSE

1. Gesamtaufnahmezahlen und Anteil schizophrener Patienten

Tab. 1 In der Nervenklinik haben sich die Aufnahmezahlen von der Periode 1959-1961 zur Periode 1967-1969 bei Männern wie bei Frauen kaum geändert. Der prozentuale Anteil der Schizophrenen an der Gesamtaufnahmezahl ist weiter gesunken

Tab. 1a.

Die Gesamtzahl der Aufnahmen und der Anteil schizophrener Psychosen an den Gesamtaufnahmezahlen während vier Vergleichsperioden.

Die Zahlen für die Jahre 1929-1961 in Tab.1 wie in allen anderen Tabellen und Abbildungen stammen aus der anfangs zitierten Arbeit von J.E.MEYER, G. SIMON und D. STILLE.

Zeit	Gesamtaufnahme (1)		% Schizophrene von (1)	
	♂	♀	♂	♀
1929 - 31	5069	3138	14,3	23,5
1949 - 51	8526	7464	8,6	15,2
1959 - 61	5470	4266	5,3	7,6
1967 - 69	5341	4245	3,4	4,9

Tab. 1b

Aufgegliedert nach einzelnen Jahren ergibt sich

Zeit	Gesamtaufnahme (1)		% Schizophrene von (1)	
	♂	♀	♂	♀
1967	1714	1404	4,4	5,7
1968	1757	1427	3,4	4,7
1969	1870	1414	2,4	4,2

Abb. 1a

Die Abnahme des Anteils der Schizophrenen an der Gesamtaufnahmezahl (1) von 1930 - 1968

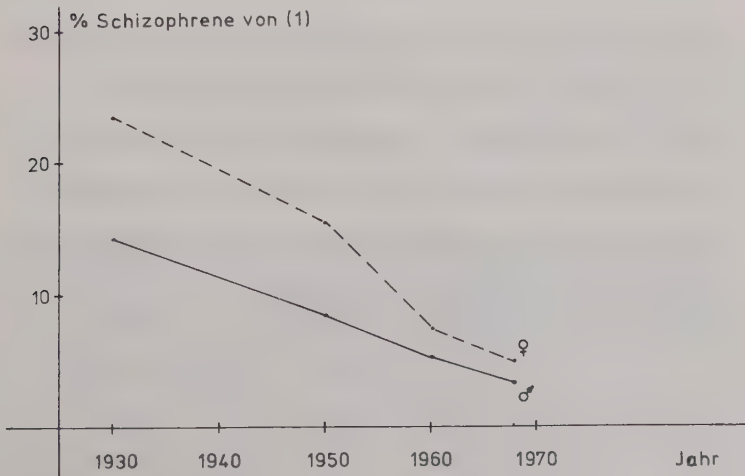
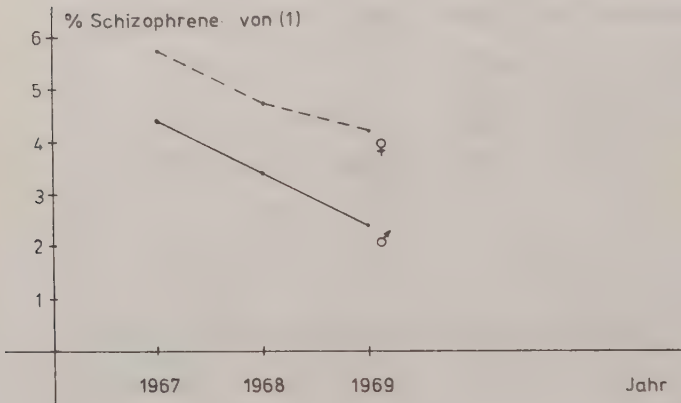


Abb. 1b

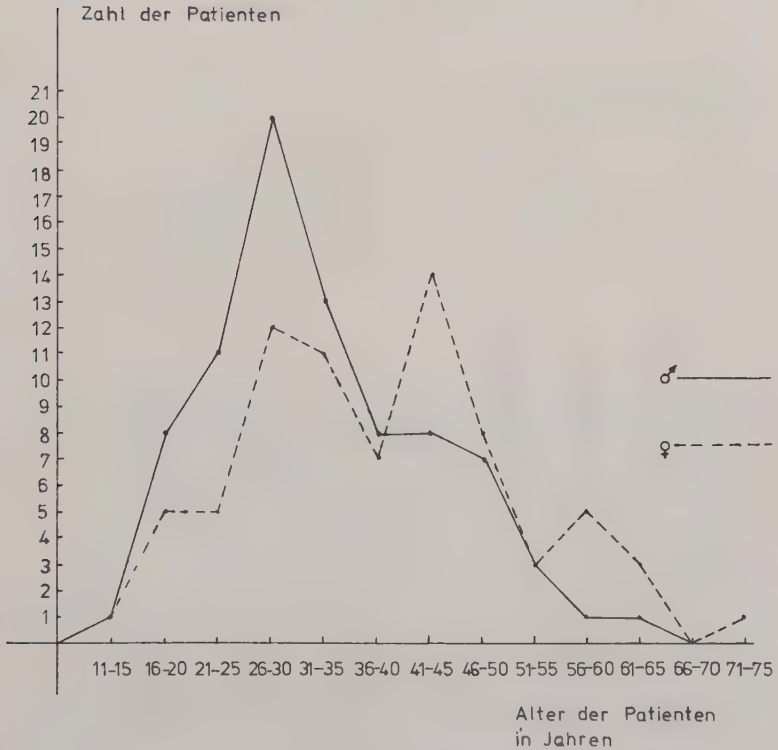
Die Abnahme des Anteils der Schizophrenen an der Gesamtaufnahmezahl (1) von 1967 - 1968



2. Altersverteilung des Kollektivs

Das Durchschnittsalter der schizophrenen Patienten bei der Aufnahme schwankte in den ersten drei Kollektiven (1929-61) zwischen 31 und 33 Jahren. In der vierten, jetzt untersuchten Vergleichsperiode lag es bei 35 Jahren. Dieses vierte Vergleichskollektiv wurde aber nach den gleichen Gesichtspunkten zusammengestellt wie die ersten drei Kollektive.

Abb. 2 zeigt die Alterverteilung der schizophrenen Patienten von 1967 - 69, in Altersgruppen von 5 Jahren zusammengefasst.

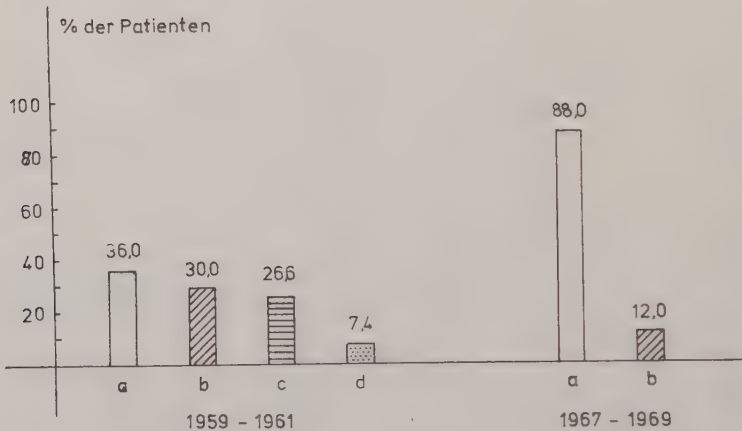


Es ergibt sich eine weitgehende Übereinstimmung mit Literaturangaben über das häufigste Erkrankungsalter bei Frauen und Männern (BLEULER, EWALD, KLOOS).

3. Therapie

Abb. 3 Die somatische Behandlung der Schizophrenie

1959 bis 1961 und 1967 bis 1969



a: Pharmakotherapie

b: Pharmakotherapie + Elektroschock

c: Insulin + Elektroschock, zum Teil auch Pharmakotherapie

d: andere oder ungenügende Behandlung

Bei der somatischen Behandlung sind, wie Abb.3 zeigt, grosse Änderungen eingetreten. Die Insulinschocktherapie wurde nach 1961 völlig aufgegeben. Die Gründe dafür waren wohl die glei-

chen, die in der Literatur zu finden sind: erhebliche Gefährlichkeit bei einer Mortalität von 1/2 bis 2%, ärztlicher und pflegerischer Aufwand (BLEULER, H.H. MEYER) und das Fehlen von Dauererfolgen (KOLLE und RUCKDESCHEL). Im Kollektiv 1967 - 69 wurden alle Patienten mit Psychopharmaka behandelt. Ungenügend behandelte Fälle, die bei J.E. MEYER et al 1959 - 61 noch 7,4% ausmachen, sind bei dem verwendeten Untersuchungsmaterial nicht mehr festzustellen.

Tab.2a Entwicklung der Elektroschocktherapie

Zeit	% der Schizophr.	Zahl der Einzelbehandlg.
1949 - 51	78,7	10
1959 - 61	32,7	10
1967 - 69	12,0	7

Tab.2b Für die einzelnen Jahre ergibt sich:

1967	12,0	7
1968	16,0	8
1969	8,0	5

Tab. 2 Die Elektroschockbehandlung wird immer weniger häufig angewandt. Nur mehr 12% der Schizophrenen wurden in den Jahren 1967 bis 1969 dieser Therapie unterzogen; das bedeutet einen Rückgang auf ein Drittel gegenüber 1959 - 61. Auch eine schocksparende Wirkung der Psychopharmaka, die J.E. MEYER in der Nervenklinik noch nicht nachweisen konnte, scheint sich jetzt abzuzeichnen.

Die Zahl der Einzelbehandlungen ist um knapp ein Drittel von 10 auf 7 Schocks zurückgegangen.

4. Verweildauer

Tab. 3 Durchschnittliche Verweildauer, angegeben in Monaten, Tagen

	Monate	Tage
1929 - 31	1	27
1949 - 51	1	20
1959 - 61	2	5
1967 - 69	1	29

Tab. 3 Die Verweildauer eines Patienten hängt ab:

- a: vom Therapieerfolg
- b: von der Bettennot
- c: von der Einstellung des behandelnden Arztes
- d: von der sozialen Bindung in der Familie

Die Verweildauer hat sich mit einer nicht signifikanten Verkürzung von 6 Tagen gegenüber den Jahren 1959 bis 1961 nicht geändert, obwohl bei guten therapeutischen Ergebnissen die Bettennot und die Einstellung der behandelnden Ärzte gleichgeblieben ist.

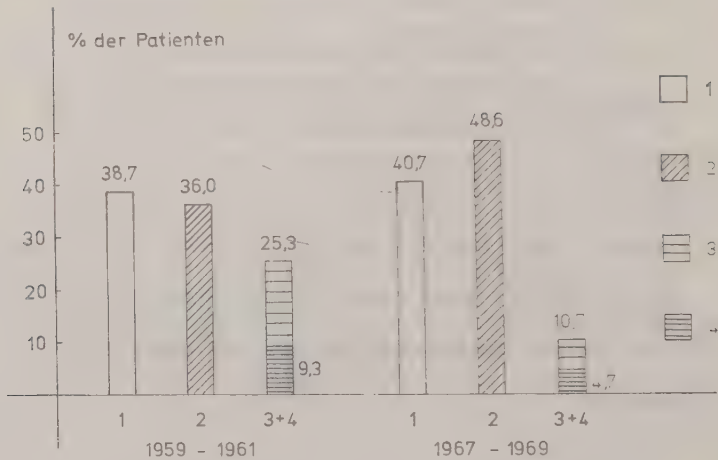
5. Behandlungserfolg

a) Gesamtkollektiv

Der Behandlungserfolg wurde gegliedert nach J.E. MEYER:

1. "gut gebessert entlassen" d.h. nach Epikrise oder Arztbrief bei der Entlassung frei von Symptomen
2. "leicht gebessert entlassen", in diese Gruppe fallen alle Patienten, die weder gut noch ungebessert entlassen wurden.
3. "ungebessert entlassen", d.h. bei der Entlassung keine nennenswerte Besserung gegenüber dem Aufnahmebefund.
4. "ungebessert in ein Mervenkrankenhaus verlegt"
(Haar, Gabersee, Zwiefalten)

Abb. 4 Behandlungserfolg



In der Gruppe "gut gebessert" besteht kein Unterschied zwischen beiden Kollektiven. Die Gruppe der "leicht gebessert" Entlassenen hat um ca. 12% zugenommen, was der Abnahme der "ungebessert" Entlassenen um ca. 15% entspricht.

b) aufgegliedert nach Diagnosen

Um die Frage, ob gute Besserungen und Vollremissionen nur bei gutartigen Spontanverläufen erreicht werden können, zu untersuchen, wurde das Krankengut nach den in Arztbrief oder Epikrise genannten Diagnosen und erreichten Remissionsgraden aufgegliedert.

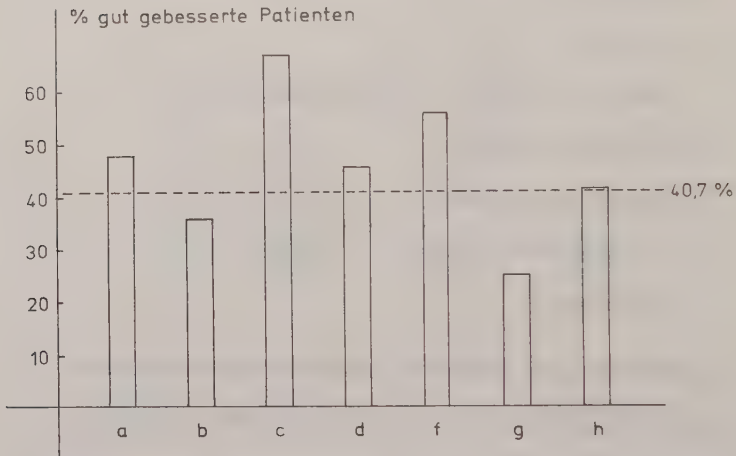
An Diagnosen wurden unterschieden:

- a: "Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis"
oder "Schizophrenie"
- b: "Hebephrenie"
- c: "Katatonie"
- d: "paranoid-halluzinatorische Schizophrenie"
- e: "Spätschizophrenie"
- f: "Defektschizophrenie"
- g: "Schizophrenia simplex"
- h: "Paraphrenie"

Dabei ergab sich, daß bei den gut gebesserten Fällen die Katatonie weit über dem Durchschnitt, die Defektschizophrenie weit darunter lag. Entsprechend war bei den ungebessert Entlassenen der Anteil der Hebephrenen, der Defektschizophrenen und der Patienten mit Schizophrenia simplex besonders hoch, wie Abb.5 und Abb. 6 zeigen.

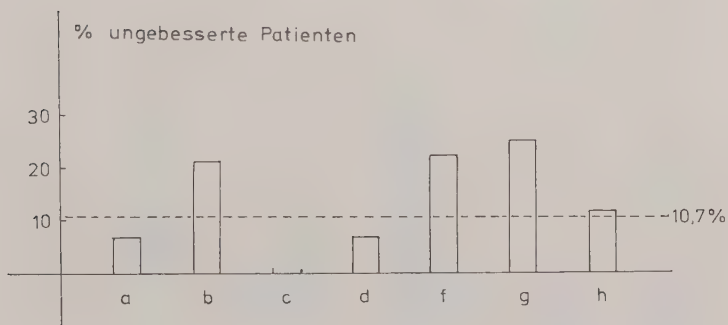
Diese Ergebnisse stimmen überein mit der Aussage von M.MÜLLER, dass nämlich blande Verlaufsformen eine besonders schlechte Prognose haben, während "Krankheitsbilder ..., die auf eine intensive innerpsychische Auseinandersetzung schließen lassen, prognostisch besonders günstig sind".

Abb. 5 Die gut gebesserten Patienten machen 40,7% des Gesamtkollektivs aus (Abb.3)



Gut gebessert wurden von a) (Schizophrenie)	47,7%
b) (Hebephrenie)	35,7%
c) (Katatonie)	66,7%
d) (paranoid-hall. Schizophrenie)	45,2%
e) (Spätschizophrenie)	zu wenig Patienten
f) (Defektschizophrenie)	55,6%
g) (Sch.simplex)	25,0%
h) (Paraphrenie)	41,2%

Abb.6 Die ungebesserten Kranken stellen 10,7% des Gesamt-
kollektivs dar (Abb.3) .



Ungebessert blieben von: a) 6,8% b) 21,4% c) 0,0%
d) 6,9% f) 22,2% g) 25,0%
h) 11,2% e) zu wenig Patienten

6. Erstaufnahmen

Abb.7 Der Anteil der Erstaufnahmen am Kollektiv

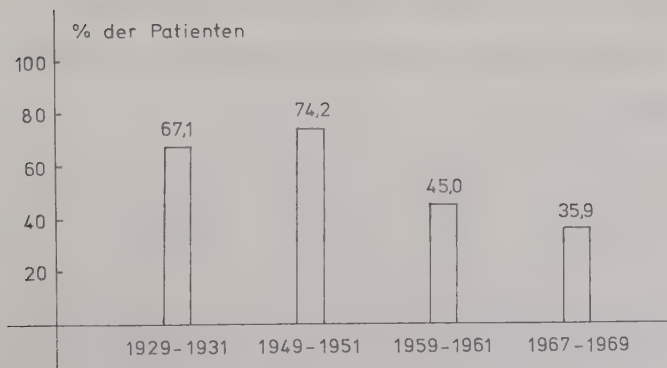
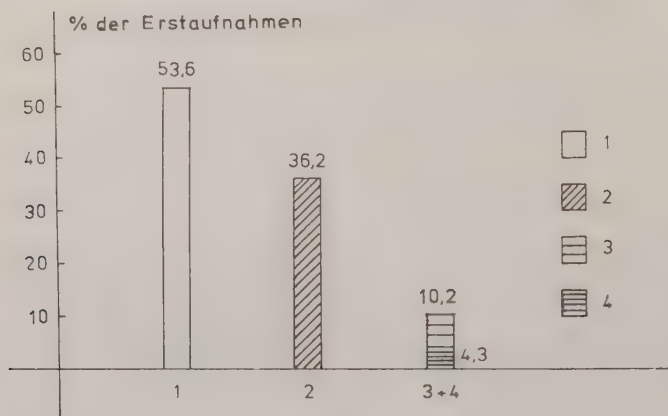


Abb.8 Die Therapieerfolge bei Erstaufnahmen 1967 - 1969



1: "gut gebessert entlassen"

2: "leicht gebessert entlassen"

3: "ungebessert entlassen"

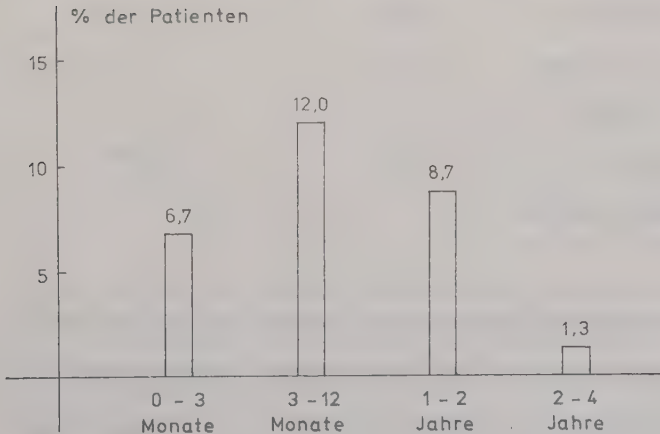
4: "ungebessert in ein Nervenkrankenhaus verlegt"

Abb. 7 und Abb. 8) Der Anteil der Erstaufnahmen hat weiter abgenommen. Die Therapieerfolge bei Erstaufnahmen machen sich vor allem in der Gruppe 1 (gut gebessert) bemerkbar, in der Gruppe 2 liegen sie aber unter dem Durchschnitt des Gesamtkollektivs.

7. Rezidivierende Schübe

Abb. 9) Bei den gut und leicht gebessert entlassenen Schizophrenen liegt der Gipfel für die Frühwiederaufnahmen zwischen 3 und 12 Monaten. Für die Nervenklinik stehen keine Vergleichszahlen von MEYER zur Verfügung. Er findet aber im Nervenkrankenhaus den Gipfel für die Frührezidive ebenfalls bei 3 - 12 Monaten. Nicht beantworten lässt sich nach dieser Art der Untersuchung die Frage nach den Spätrezidiven.

Abb. 9 Verteilung des zeitlichen Abstandes zwischen Entlassung und Wiederaufnahme bei gut und leicht gebesserten Patienten



8. Soziale Verhältnisse

Tab.4 Die Abhängigkeit verschiedener Faktoren von den Familien-
verhältnissen

	Gut "G"	Schlecht "S"
Anzahl (1)	56 ± 100%	43 ± 100%
Verweildauer	62 Tage	59 Tage
Remissionsgrad 1)	46,4%	1) 30,1%
2)	48,2%	2) 46,5%
3)	5,4%	3) 11,7%
4)	0%	4) 11,7%
Erstaufnahmen	41%	23%
Wiederaufnahmen	59%	77%
Elektroschock	17,8%	9,3%
Zahl der Einzel- behandlungen	7,5	8,0
Rezidive von (1) im erfassten Zeitraum	29%	30%

Über die häuslichen Verhältnisse der Patienten ist aus den Krankengeschichten meist nicht sehr viel zu erfahren. Es konnten deshalb nur 99 Krankengeschichten ausgewertet werden. Unterschieden wurden nur "gute" und "schlechte" häusliche Verhältnisse.

"Gut" bedeutet verständnisvolle Ehepartner, Eltern oder Freunde;

"schlecht" heisst, dass sich niemand um den Patienten kümmert, weil er keine Familie hat oder seine Umgebung seiner Krankheit kein Verständnis entgegenbringt.

Die Verweildauer unterscheidet sich bei beiden Kollektiven nicht wesentlich von der des Gesamtkollektive. Die Gruppe mit den guten familiären Verhältnissen hat aber mehr "gut gebesserte" Patienten als dem Durchschnitt entspricht und wesentlich weniger "ungebessert" Entlassene als die Gruppe mit den schlechten familiären Verhältnissen. Der Anteil der Erstaufnahmen ist in Gruppe "G" grösser. Bei der Zahl der Rezidive im erfassten Zeitraum zeigt sich kein Unterschied, wohl aber bei der Art der Therapie: bei Patienten mit guten häuslichen Verhältnissen wurden etwa doppelt so häufig Elektroschocks angewandt als bei der zweiten Gruppe.

IV. DISKUSSION

Auffällig war in dieser Analyse, dass die Gesamtzahl der Aufnahmen in der Nervenlinik gegenüber der letzten Vergleichsperiode praktisch gleich geblieben, der Anteil der Schizophrenen an den Klinikaufnahmen aber weiter abgesunken war.

(Tab. 1a und 1b; Abb. 1a und Abb. 1b).

Da der Anteil der Schizophrenen an der Gesamtbevölkerung seit Jahren mit weniger als 1% (BLEULER, EWALD, KLOOS) unverändert bleibt, folgt aus Abb. 1, dass die Hospitalisierungsbedürftigkeit der Schizophrenen weiterhin abnimmt - zumindest in der Nervenlinik. Eine schlüssige Erklärung für diese Erscheinung zu finden, ist nicht einfach. J.E. MEYER et al nehmen an, dass die diagnostische Einstellung in der Nervenlinik unter ihren Direktoren O. Bumke, G. Stertz und K. Kolle im wesentlichen gleich geblieben ist. Trotzdem wird dadurch die Möglichkeit einer im Lauf der Zeit verbesserten Diagnostik nicht ausgeschlossen, da sich eine erhebliche Ausweitung auf fachverwandte Gebiete herauskristallisiert, z.B. in der Testpsychologie, und weniger Fehldiagnosen entstehen. Ausserdem hat man in der Ära der Psychopharmaka bei rechtzeitigem Erkennen der Symptome die Möglichkeit, auch ambulant sofort eine gezielte Therapie einzuleiten, die sich dann - verbleibt der Kranke in seiner gewohnten häuslichen Umgebung - insgesamt meist günstig auswirkt.

Ob die prozentuale Abnahme der Schizophrenen, die J.E. MEYER et al finden und die wir bestätigen können und der Anstieg der Depres-

siven zum Teil vielleicht auf einem Symptomwandel vom Schizophrenen zum Depressiven (THIELE) beruht, lässt sich in diesem Rahmen nicht beantworten. HIPPIUS und SELBACH haben eine solche "therapiebedingte Pathomorphose" bei 20% dauerbehandelter Schizophrener nachweisen können. PETRILOWITSCH meint, dass schizophrene Psychosen durch Psychopharmaka auf ein "symptomarmes, vital-depressives Basissyndrom" gelegentlich reduziert werden.

Ein weiterer Grund für die Abnahme der hospitalisierungsbedürftigen Schizophrenen könnte, wie bereits bemerkt, eine erfolgreiche ambulante Behandlung sein. So wurden in der Klinik 1967 - 69 um ca. 16% mehr ambulante Behandlungen durchgeführt als 1959 - 61. Das haben allein die Psychopharmaka ermöglicht. Ihnen ist es zu verdanken, wenn ein Teil der Psychotiker nicht mehr unbedingt hospitalisiert werden muss, sondern sich wie FLOTHMANN schreibt "in ihrem gewohnten Milieu ... schneller wieder zurückfinden und in das soziale Milieu eingliedern als bei vorausgegangener Anstaltsbehandlung." Allerdings spielen dabei auch die Familienv erhältnisse eine Rolle. In guten häuslichen Verhältnissen ist man einen Kranken eher zu belassen geneigt als bei Fehlen verständnisvoller Angehöriger. Nur eine günstige Umgebung sichert regelmäßige und exakte Medikamenteneinnahme und genügend Geduld für den Kranken zu.

Die Verringerung der Erstaufnahmen von 1959 - 61 bis 1967 - 69 um fast 10% (Abb. 7 u. 8) spricht ebenso für eine erfolgreiche ambulante Behandlung wie das steigende Durchschnittsalter des Kollektivs,

das jetzt bei ungefähr 35 Jahren liegt. Bei J.E.MEYER lag es zwischen 31 und 33 Jahren; entsprechend gab WACHSMUTH 1962 das Durchschnittsalter nicht ausgewählter Schizophrerer mit 33 Jahren an. Im Gegensatz zu unserer Feststellung hält GLATZEL ein geringeres Durchschnittsalter schizophrener Patienten in der Psychopharmakotherapie im Vergleich zu einem Kollektiv der Vorpsychopharmakotherapie für möglich. Bemerkenswert ist, dass das Durchschnittsalter der Frauen um etwa 6 Jahre höher liegt als das der Männer. Zum Verständnis dieser Tatsache trägt Abb. 2 bei. Der Nervenklub ist ein Bundeswehrlazarett angeschlossen. Das führt dazu, dass verhältnismäßig viele junge Männer in die Statistik eingehen, (steilerer Anstieg der Männerkurve in Abb. 2) und das Durchschnittsalter der Männer gesenkt wird. Bestimmte organisatorische Strukturen können also die Altersverteilung in einer Klinik beeinflussen. Gleichzeitig muss man aber betonen, dass die Zeit um das 20. Lebensjahr eine Krisenzeit darstellt. Die Ablösung von Zuhause, die Einwirkung des Berufs, die Forderung einer plötzlichen Neuorientierung bedeuten oft eine Überforderung und werden so zur Auslösesituation für Psychosen.

Bei den Frauen steigt andererseits die Morbidität im Klimakterium nochmals an, was naturgemäss eine Erhöhung des Durchschnittsalters zur Folge hat.

Obwohl das Durchschnittsalter angestiegen ist und die Erstaufnahmen weniger geworden sind, lässt sich trotz des Aufgebens der Insulinschocktherapie und des Rückganges der Elektroschockbehandlung eine Verbes-

serung der Sofortergebnisse erkennen - allerdings nur bei der Gruppe der leicht gebessert Entlassenen. Diese Gruppe hat gegenüber 1959 - 61 um 12% zugenommen. Das entspricht in etwa der Verringerung der ungebessert entlassenen Patienten auf ungefähr 10%.

Der Anteil der gut gebesserten Patienten hat sich kaum geändert, d.h. dass diesen Prozentsatz wie früher doch die gutartigen Spontanverläufe bestimmend beeinflussen, indem sie zu Vollremissionen bzw. zu guter Besserung führen. Die Ergebnisse der Abb. 5 und Abb. 6 sprechen sehr für diese Annahme.

Inwieweit der Anstieg von gut und leicht gebessert Entlassenen ein echter Therapieerfolg ist, muss offen bleiben, bis Zahlen über Spätrezidive vorliegen. Die Frührezidive liegen in unserem Kollektiv bei 31%, wobei der Gipfel für die Wiederaufnahme zwischen 3 und 12 Monaten liegt (Abb.9). Sicher sind aber nicht alle Frührezidive erfasst, da diese Untersuchungen bereits 1970 gemacht wurden. Kein Beweis eines Erfolges ist die verminderte Anzahl der ins Nervenkrankenhaus Haar verlegten Patienten. Das Nervenkrankenhaus leidet genauso unter Bettenmangel wie die Klinik und kann nicht alle Fälle übernehmen. Noch vor 10 Jahren wurden in enger Zusammenarbeit mit der damaligen Heilanstalt und dem Gesundheitsamt die schizophrenen Kranken nach diagnostischer Klärung und Behandlungsbeginn verlegt. Inzwischen wurde diese Organisation und Arbeitsteilung aufgegeben und eine Verlegung bedarf besonderer Vereinbarungen im Einzelfall. An der geringen Zahl von Patienten, die das Nervenkrankenhaus Haar übernehmen konnte

(Abb. 4), scheiterte auch der Versuch, Therapieunterschiede zwischen Nervenambulanz und Nervenkrankenhaus an den gleichen Patienten zu untersuchen.

Ein Umstand, der bei Verlaufskontrollen besonders beachtet werden sollte, ist die Beurteilung der Remission. Ein optimistischer Therapeut entlässt mehr "gut gebesserte" Patienten als ein pessimistischer. So wurden in einem Jahr beispielsweise 60% der Männer gut gebessert, 36% leicht und 4% ungebessert entlassen, während dem Durchschnitt nur etwa 40% gebesserte entsprechen (Abb.4). Diese etwas unterschiedliche Einstufung scheint also, wie oben ausgeführt, durch die Auffassung der behandelnden Ärzte bedingt zu sein, gleicht sich aber durch die relativ grosse Anzahl an behandelnden Ärzten innerhalb der Klinik wieder aus.

Stärker ins Gewicht fällt, dass Arztbriefe und Epikrisen in Bezug auf den Remissionsgrad im allgemeinen sehr vorsichtig abgefasst werden. Es wäre wünschenswert und für Verlaufskontrollen über lange Zeit sicher nützlich, wenn auch in den Krankengeschichten genau definierte Remissionsgrade verwendet würden, wie sie z.B. BIEBER und KUGLER, HEINRICH oder KEITEL angegeben haben.

Bei der Entlassung werden dem Patienten und dem weiterbehandelnden Arzt Vorschläge zur ambulanten Therapie gemacht. Ob dieser Rat befolgt wird, ist nicht Thema dieser Untersuchungen. Daher können keine Aussagen gemacht werden, ob die Wiederaufnahmen nach Absetzen der Medikamente oder trotz der Dauermedikation erfolgt sind.

HELMCHEN, HIPPIUS und TILING finden drei Jahre nach der Klinik-entlassung nur 20% der Kranken ohne Dauertherapie rezidivfrei, aber 59% der Kranken mit Dauerbehandlung. Demnach ist es wahrscheinlich, dass auch in unserem Kollektiv die meisten Patienten nach Absetzen der Medikation durch den behandelnden Arzt oder durch Nichteinnehmen der Medikamente aus Einsichtmangel wieder aufgenommen werden mussten. Ob diese "Symptom provokation" (HEINRICH) bei Patienten mit Depotpräparaten als Dauertherapie seltener ist, als bei Patienten, die Tabletten oder Tropfen einnehmen sollen, liess sich - wohl wegen der kleinen Zahl - nicht feststellen. GRAEFE meint, dass mit Depotpsychopharmaka eine "verlässliche und wirkungsvolle Dauerbehandlung " ermöglicht wird.

Ebenfalls ergebnislos verlief der Vergleich zwischen Patienten, die bei der Beschäftigungstherapie waren, bei der Filmgruppe oder beim Psychodrama (ca. 29% der Männer) und dem Gesamt kollektiv. Verweildauer und Therapieerfolge beider Gruppen unterschieden sich nicht.

Bei einem Vergleich der Patienten die in guten Familienverhältnissen ("G") leben und denen, die in schlechten ("S") leben, fanden wir keinen Unterschied bei Verweildauer und Zahl der Rezidive im erfassten Zeitraum. In der Gruppe "S" waren aber weniger Patienten gut gebessert, dafür aber mehr ungebessert entlassen worden als in der Gruppe "G". Daran könnte die von WALTHER angegebene "sozial bedingte Reizüberflutung " schuld sein. Da im Kollektiv "G" wesentlich mehr Erstaufnahmen zu finden sind als im Kollektiv "S", könnte man schlies-

sen, dass nicht die schlechten Familienverhältnisse die schlechtere Remission bedingen, sondern, dass häufige Rückfälle die Familienverhältnisse verschlechtern. Doch lässt sich umgekehrt feststellen, dass im Kollektiv "S" die prozentual geringeren Anteile von Erstaufnahmen durch das Überwiegen von Rückfällen und Wiederaufnahmen bedingt gewesen sein können. Unter diesen Voraussetzungen wäre zu schliessen, dass schlechte Familienverhältnisse häufiger zu Rezidiven oder zu einer Klinikeinweisung Anlass geben als gute.

Der Anteil der unge bessert Entlassenen sank zuletzt um 15%; er hat zu einer prozentualen Zunahme der "leicht gebesserten, jedoch nicht der "gut" gebesserten geführt. Berücksichtigen wir Änderungen der Organisationsform, der Einstellung der Klinikärzte und der Adaptationsmöglichkeiten der Kranken an ihre soziale Umgebung unter dem Einfluss der Psychopharmaka, dann ist dieses Ausmass von Verschiebung verständlich und durch die genannten Faktoren bedingt. Ein grundlegender Wandel, ausschliesslich auf verbesserte therapeutische Erfolge der Medikamente zu beziehen, lässt sich daraus aber nicht ableiten. Zumindest ist die Einstellung der Ärzte und der Umwelt ein ebenso stark wirkender Faktor.

Aus der Verteilung der Erstaufnahmen und ihrer Abnahme folgt, dass es zu einer entsprechenden Zunahme der Behandlung von Rezidiv-Schüben gekommen ist. Erstaufnahmen sind bei den "guten Besserungen" häufiger, Rezidive überwiegen dagegen bei den schlechteren Erfolgen. Erstaunlich ist, dass trotz prozentualer Abnahme von Erstaufnahmen

die Behandlungserfolge nicht schlechter wurden. Übereinstimmend mit der grösseren Zahl von Rezidiven muss logischerweise das Durchschnittsalter steigen.

V. ZUSAMMENFASSUNG

1. An der Universitätsnervenklinik München wurden die Krankengeschichten von 150 schizophrenen Patienten durchgesehen, und die Analyse von Art und Erfolg der Therapie, von Verweildauer und Wiederaufnahmerate versucht. Diese Ergebnisse wurden mit denen der Arbeit "Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depressionen zwischen 1930 und 1960" von J.E. MEYER, G.SIMON und D. STILLE verglichen.
2. Wir fanden folgende Ergebnisse:
 - a: Die Hospitalisierungsbedürftigkeit der Schizophrenen nimmt ab.
 - b: Die Altersverteilung unseres Kollektivs stimmt mit Literaturangaben weitgehend überein. Das Durchschnittsalter unserer Patienten liegt aber höher.
 - c: Die Psychopharmakotherapie hat sehr stark zugenommen.
 - d: Die Verweildauer der Patienten hat sich nicht geändert.
 - e: Ein besserer Behandlungserfolg findet sich bei der Gruppe der "leicht gebessert" Entlassenen. Entsprechend hat die Gruppe der "ungebessert" Entlassenen abgenommen.
 - f: Blande Verlaufsformen der Schizophrenie haben immer noch eine schlechte Prognose.
 - g: Die Therapieerfolge der Erstaufnahme machen sich besonders in der Gruppe "gut gebessert entlassen" bemerkbar.

- h: Der Gipfel für die Frühwiederaufnahmen liegt mit 12% der Patienten zwischen 3 und 12 Monaten.
 - i: Patienten mit guten häuslichen Verhältnissen sind häufiger Erstaufnahmen und werden häufiger "gut gebessert entlassen" als Patienten mit schlechten häuslichen Verhältnissen.
3. Diese Ergebnisse werden mit Literaturangaben verglichen und diskutiert.

VI. LITERATUR

- BIEBER, H. u. J. KUGLER: Die Behandlung von depressiven Kranken mit Chlorimipramin-Infusionen. Archiv für Psychiatrie, Bd. 212, Heft 3 (1969)
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1969
- EWALD, G.: Neurologie und Psychiatrie, München - Berlin 1964
- FLOTHMANN, K.H.: Die Behandlung schizophrener Psychosen in der ambulanten Praxis. Fortschritte der Medizin, 82, (1964)
- GLATZEL, J.: Zur Frage der schizophrenen Verläufe unter der Pharmakotherapie. Arch. Psych. Neurologie 209, 87-100 (1967)
- GRAEFE, F.: Ein neuer Weg zur Dauerbehandlung chronischer Psychosen. Nervenarzt 39, 279-281 (1968)
- HEINRICH, K.: Zur Bedeutung des Depot-Neurolepticums Fluphenazin-decanoat für die Therapie schizophrener Psychosen. Arzneim. -Forsch. (Drug Res) 19, 502-503 (1969)
- HEINRICH, K.: Die gezielte Symptomprovokation mit monoaminoxidasehemmenden Substanzen in Diagnostik und Therapie schizophrener Psychosen, Nervenarzt 31, 507 (1960)
- HELMCHEN, H., H.HIPPIUS u.P. TILING: Die Zusammenarbeit von Klinik und Praxis bei der langfristigen medikamentösen Behandlung von Psychose-Kranken. Internist 9, (1967)

- HIPPIUS, H. u.H.SELBACH: Zur medikamentösen Dauertherapie
bei Psychosen. Med.exp. 5(1961), 292
- KLOOS, G.: Psychiatrie und Neurologie. München 1968
- KOLLE, K. u.K.-T.RUCKDESCHEL: Erfolge der Insulinkur bei
Schizophrenie. D.m.W. 1956, 89
- MEYER, H.H.: Die Insulin- und Heilkrampftherapie und ihre Stellung
zur Pharmakotherapie der Psychosen. Arch.f.Psych. u.
Neurologie 210, 126-139, (1967)
- KEITEL, P.: Klinische Untersuchungen zur neuroleptischen Wirksam-
keit von Triperidol unter besonderer Berücksichtigung der
extrapyramidalen Feinmotorik. Med. Welt 1963, 1380-1384
- MEYER, J.E. G.SIMON u. D.STILLE: Die Therapie der Schizophrenie
und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1950.
Arch.Psychiat.Nervenkr. 206 (1964 / 65)
- MÜLLER, M.: Die Therapie der Schizophrenien, Psychiatrie der Gegen-
wart, Bd. II, S.27, (1960)
- THIELE, W.: Kursus der Psychopharmakotherapie. München Gräefling
1969
- WACHSMUTH, R.: Fluphenazin - mehr als ein neues Psychopharma-
kon, Nervenarzt 33, 466-469, (1962)
- WALTHER, R.: Zur Wertigkeit einiger Sozialfaktoren für die soziale
Reintegration Schizophrener. Nervenarzt 39, 9, (1968)
- ZECH, K.: Die somatische Therapie der Schizophrenie. D.m.W. (1959)

Herrn Prof. Dr. Kugler danke ich für die Überlassung des
Themas und seine grosszügige Unterstützung.

Frau Dr. Knörl sei für die wertvolle Hilfe und Frau Frank
für die immer freundlichen Ratschläge gedankt.

Lebenslauf

Ich, Gisela Utz, wurde am 15.3.1947 in München als Tochter des Dipl.Ing. Rudolf Utz, und seiner Ehefrau Else Utz geboren.

Ich besuchte von 1953 bis 1957 die Volksschule in Poing, anschließend das math.nat. Gymnasium in Erding, an dem ich 1966 das Abitur ablegte.

Das Studium begann ich im WS 1966/67 an der Medizinischen Fakultät in München, legte nach dem WS 1968/69 das Physikum und im Frühjahr 1972 das Staatsexamen ab.

